

Ville Ecole Intégration Diversité, n° 143, pp. 25-32. décembre 2005 :
Reconnaître la souffrance des jeunes faute de leur trouver un emploi ?
La médicalisation et la psychologisation des jeunes en difficulté

Marc Loriol
marc.loriol2@libertysurf.fr
Chargé de recherche au CNRS
Laboratoire Georges Friedmann, 16 Bd. Carnot, 92 340 Bourg-La-Reine

Le regard généralement porté sur la jeunesse est paradoxal. Souvent perçu comme le « plus bel âge de la vie », valorisée par la publicité et les médias, la jeunesse est aussi fréquemment présentée comme une période de fragilité, voire aussi comme un groupe à risque pour la santé mentale. « La souffrance des jeunes apparaît comme un révélateur et un amplificateur de la souffrance de la société » peut-on lire sur le site Internet du ministère de la santé. La santé des jeunes et notamment la santé mentale, est en effet présentée comme un objectif important de santé publique depuis une dizaine d'années (Rechtman, 2004 ; Loriol 2004). Des structures spécialisées (maisons de la santé, points écoutes jeunes...) ont été développées en réponse à cette préoccupation (Fassin, 2004).

La lecture des données statistiques et épidémiologiques ne permet pourtant pas totalement d'expliquer cette préoccupation pour la santé des jeunes. En effet, en dehors des accidents de la route et de la consommation de drogues « douces », les indicateurs sanitaires révèlent une meilleure santé chez les 15-24 ans que parmi les adultes de plus de 25 ans (Loriol 2004). Cela passe généralement inaperçu car la quasi-totalité des travaux sur la santé des jeunes ne citent que des données limitées à la seule catégorie d'âge définie comme la jeunesse ; ce qui contribue à une forme de myopie de l'analyse et accroît la probabilité d'interprétations erronées. Par exemple, la mortalité par suicide tout comme la prévalence de la dépression sont plus élevés chez les plus de 25 ans que chez les jeunes. Cela n'est pas visible dans la plupart des travaux sur les jeunes qui ne donnent aucun point de comparaison. De plus, les jeunes sont paradoxalement victimes de leur bonne santé : dans la mesure où il s'agit d'un âge à très faible mortalité et à faible morbidité, il est logique que les problèmes de santé qui ne sont pas liés au vieillissement, mais à des causes sociales et comportementales y occupent une place centrale. Le suicide représente la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans, mais pas pour les plus de 25 ans. Cela ne veut pas dire que les moins de 25 ans se suicident plus que les autres, mais plutôt que les plus de 25 ans ont de nombreuses autres occasions de mourir que ne connaissent pratiquement pas les jeunes.

Alors pourquoi la jeunesse est-elle devenue une catégorie à risque du point de vue de la santé ? Bien évidemment, même si les jeunes sont globalement en meilleure santé que les adultes, il peut être légitime de se préoccuper de leur sort. La mort d'un être qui commence juste sa vie autonome peut sembler particulièrement inacceptable et il est raisonnable de se soucier d'atteintes précoces à la santé qui ne manqueront pas d'avoir un effet nocif à long-terme sur l'espérance de vie. Mais cela ne suffit pas pour expliquer la montée en puissance depuis dix ans des initiatives autour de la santé des jeunes ; d'autant que globalement les indicateurs sanitaires ne sont pas aggravés sur la période (Rechtman, 2004). L'objectif de cet article est de montrer comment et pourquoi les discours sur la mauvaise santé et la souffrance des jeunes ont progressivement colonisé les thématiques plus anciennes de la précarité professionnelle (Loriol, 1999) et de la délinquance des jeunes.

1 - De l'insertion des jeunes à l'écoute de la souffrance

Beaucoup des recherches menées sur les problèmes de santé de certains jeunes trouvent leur origine dans le suivi de jeunes en grande précarité économique (Nirina Richard, 1997). Les structures d'insertion en charge de ces publics ont en effet développé un intérêt croissant pour les questions de santé. L'exemple des Missions locales, créées à partir de 1982, offre une illustration de l'évolution de la façon dont « l'insertion professionnelle et sociale des jeunes » - selon le titre du rapport de Bertrand Schwartz à l'origine de ce dispositif -, d'abord conçue comme une action sur les structures autant que sur les individus, c'est progressivement rapprochée d'une sorte de traitement individuel à caractère thérapeutique. Au nombre de 307 en mai 1997, ces organismes ont réalisé en 1995 un million de « mesures d'insertion »¹. L'objectif initial était de réaliser une « approche globale » des difficultés d'insertion prenant en compte deux dimensions complémentaires : une action individualisée auprès de jeunes venus en consultation (aide personnalisée, suivi et orientation, etc.) d'une part, et une mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux concernés par l'emploi et l'insertion professionnelle des jeunes (responsables ANPE, chefs d'entreprise, associations, etc.) d'autre part. Mais ces structures ont surtout été pensées comme des lieux d'accueil pour un public en difficulté et les prescripteurs d'emploi que sont les chefs d'entreprise se sont peu investis (Wuhl, 1996). L'action individuelle a été privilégiée par rapport à une action sur la structure d'offre d'emploi locale et le travail des missions se résume surtout en une tentative pour adapter les jeunes consultants aux normes du marché du travail. Pour cela, la médecine et surtout la psychologie clinique sont de plus en plus mises à contribution. La santé des jeunes, l'accès aux soins et la « souffrance psychologique » font l'objet de débats de travaux, et d'expériences de plus en plus nombreux dans le cadre des missions locales. « Selon la délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, plus de la moitié des missions locales mènent aujourd'hui des actions très variées autour du « mal-être » des jeunes : activités sportives, ateliers de relaxation ou de travail autour de l'image de soi, groupes de paroles, aides, jusqu'à la tenue de consultations médicales »². Certaines missions locales ont ainsi ouvert des « espaces-santé » donnant la possibilité aux jeunes de consulter, de leur propre initiative ou sur la proposition du travailleur social, un médecin généraliste ou un psychologue. La présence de ce dernier type de professionnel permet d'élargir la gamme des interventions thérapeutiques par rapport au simple appel aux structures psychiatriques réservées à des cas plus lourds. De façon tout à fait révélatrice, Marie Christine Freire (1997), psychologue et chargée du dossier santé à la Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes, redéfinit le sens même de la notion d'approche globale. Il ne s'agit plus de lier ensemble l'action sur l'offre (le marché du travail local) et la demande (la qualification du jeune en difficulté) d'emploi mais de combiner une approche professionnelle sur la formation du bénéficiaire et une prise en charge psychomédicale de son "mal-être". L'approche globale n'est plus la prise en compte des aspects structurels de la désinsertion au même titre que les facteurs individuels, mais simplement le fait de considérer différentes dimensions du problème individuel : professionnelles, médicales, psychologiques, etc. A une volonté d'action sur les structures économiques se substitue une tentative d'action sur le physique et le mental des individus. Comme le notait déjà en 1995, la même responsable : « Les jeunes présentent un « mal-être » qui peut s'associer à des situations matérielles précaires et entraver toute perspective de projet. Les réponses dans le champ de la santé, du social ou dans des champs

¹ *Le Monde Initiative* du 14/05/1997.

² *Le Monde* du 22/02/1997.

ludiques, culturels, sportifs ou de la formation, sont autant d'entrées qui croisent l'écoute, la prise en compte des difficultés sociales, matérielles ou encore psychologiques. » La santé et l'écoute du mal être occupent ainsi une place croissante dans la prise en charge des jeunes en difficulté.

Face à la difficulté de trouver un emploi à tous les jeunes se présentant dans les structures en charge de l'insertion, l'idée selon laquelle certains jeunes ne seraient pas aptes, du fait de problèmes de santé, à rechercher et à occuper un emploi c'est peu à peu imposée. Compréhensible du point de vue des professionnels qui accompagnent les jeunes dans les missions locales et les PAIO et se doivent de proposer quelque chose aux personnes qui se trouvent en face d'eux ; cette évolution n'en est pas moins inquiétante dans la mesure où elle tend à occulter les dimensions sociales et économiques des problèmes rencontrés. La souffrance qui peut résulter de la situation de précarité économique est alors érigée en cause de l'exclusion. Un travailleur social d'une PAIO de la banlieue parisienne, à qui il était demandé de décrire le jeune « idéal », précise : « *Il est autonome dans ses démarches d'emploi [...], il n'a pas besoin de nous, en fait* ». Le jeune inadapté, au contraire, « *voit l'assistante sociale souvent, a des problèmes avec la justice, peut-être des problèmes de santé également. Il est complètement démoralisé et ne croit en rien. C'est un cas très difficile, il faut arriver à lui faire reprendre confiance en lui et en la société car souvent ce jeune là est négatif à tout* »³. Or, le paradoxe est qu'il est justement demandé d'avoir un projet personnel permettant quasiment de construire sa propre place dans la société à ceux qui, *a priori*, sont les moins bien armés pour le faire, car pris dans les difficultés scolaires, familiales, économiques, professionnelles et autres. Si ce paradoxe n'est pas bien perçu par les travailleurs sociaux chargés de mettre en oeuvre les dispositifs d'insertion, le risque est de prendre les difficultés d'insertion de certains jeunes uniquement pour des défaillances individuelles. La difficulté à construire et à maintenir un projet personnel dans un contexte d'échecs répétés peut être interprété comme un signe d'apathie, voire de troubles psychologiques. Ce phénomène est encore accentué par « l'apparition d'un vocabulaire sur les "degrés de potentiel" [...] : éducatibilité, employabilité, insérabilité » (Joubert, 1995). Les dispositifs d'écoute psychologique et d'accompagnement sanitaire des jeunes en difficulté sont pratiquement tous situés dans des quartiers difficiles ou populaires et s'adressent donc à un public d'abord défini par son origine sociale, mais l'entrée par le mal-être, la subjectivité tend à nier ces aspects structurants pour situer uniquement le problème et sa solution au niveau de l'individu (Fassin, 2004).

Un tel phénomène se retrouve également dans les politiques d'insertion à destination des plus de 25 ans (Loriot, 1999), mais prend une importance particulière en ce qui concerne les jeunes. Tout d'abord parce qu'il est apparu comme particulièrement inconcevable et inacceptable de considérer qu'une personne qui vient tout juste d'entamer sa vie active puisse être considérée comme inadaptée et relevant de l'assistance. D'ailleurs le RMI n'est pas accordé aux moins de 25 ans. Dès lors, plus encore que pour les adultes, le jeune perçu comme « inemployable » doit au plus vite faire l'objet de mesures correctrices, d'une prise en charge. Ensuite, la montée du chômage n'a pas pesé de la même façon sur toutes les générations. Les travaux de Louis Chauvel (2003) montrent que « malgré la reprise économique 1998-2001, le taux de chômage dans les deux ans qui suivent la sortie des études est encore en 2002 de 18 %, soit quatre ou cinq fois plus élevé que celui des propres parents de cette génération au cours de leur propre socialisation transitionnelle, trente ans plus tôt. Il en résulte que, depuis au moins 25 ans, les conditions d'entrée des jeunes dans la vie adulte se sont considérablement dégradées. »

³ Entretien réalisé par Sylvie Ramassamy en février 1997 dans le cadre d'un travail collectif sous ma direction.

2 - La médicalisation et la psychologisation comme mode de gestion du social

La médicalisation et la psychologisation des phénomènes d'exclusion permettent d'euphémiser leurs conditions sociales de production. Définir un problème d'inadaptation d'un individu à une norme comme le seul problème de cet individu est un moyen de rendre la situation plus gérable. Plutôt que d'exclure l'individu ou de tenter de modifier la norme, la gestion psychomédicale individuelle permet une adaptation plus souple, même si elle est parfois purement symbolique, de l'individu à la société. De la même manière que l'accompagnement psychologique des jeunes permet de faire « quelque chose » pour des jeunes en difficulté d'insertion, la psychopathologisation des conduites déviantes (violences, toxicomanie...) apparaît bien souvent comme un moyen de donner du sens à des actes qui en paraissent dépourvus. Henri Bergeron (1999) a ainsi montré, à propos des intervenants en toxicomanie, comment leur attachement au paradigme psychanalytique pouvait se comprendre comme un moyen de se défendre psychologiquement contre les difficultés et les échecs de leur mission : si la dépendance et les conduites violentes ou asociales ne sont que le symptôme d'un conflit psychique sous-jacent, il est « normal » d'échouer dans les tentatives d'aide tant que la « cause profonde » n'a pas été modifiée. La médicalisation et la psychologisation des comportements violents offre une alternative à la répression sans pour autant banaliser la violence.

La tendance à recourir à des explications psychologisantes est d'autant plus vive concernant les 15-24 ans que la médecine et la psychologie ont largement construit la jeunesse à travers la fragilité (réelle ou supposée) des jeunes. Celle-ci se manifesterait en premier lieu par une plus forte sensibilité aux influences de l'environnement social : la prédisposition postulée à se laisser entraîner par la publicité (Got, 1992) ou par les groupes de pairs (bandes, camarades de classe) expliquerait la faiblesse du libre-arbitre, des capacités de jugement autonome ; ce qui pourrait justifier, en retour, une politique d'éducation et de prévention plus active que pour les adultes. Pour beaucoup d'auteurs, la bande aurait tendance à aligner les comportements de chacun de ses membres sur ceux du plus malade d'entre eux, du fait des mécanismes de loyauté interne (Marcelli et Braconnier, 1999). De plus, les défis que se lanceraient les jeunes et la crainte de passer pour un « dégonflé » seraient responsables d'une prise de risque excessive, avec la perspective d'être abandonné par le groupe pour ceux qui en sortiraient handicapés (Esterle-Hedibel, 2002).

La disparition des rites de passage que proposaient les sociétés traditionnelles et qui avaient pour fonction de faciliter, par une reconnaissance collective forte, les transformations identitaires liées au passage de l'enfance à la jeunesse. Les conduites à risques, notamment les prises de drogue ou d'alcool, pourraient alors agir comme des substituts dénaturés de ces anciens rites de passage, auxquels manqueraient toutefois un mythe unificateur, une organisation collective et la légitimité de la tradition (Gendreau, 1998). *« L'envie de prendre des risques est particulièrement active à l'adolescence, en regard d'au moins trois besoins qui se déclinent au sens propre et au figuré : se distinguer des adultes ; se mettre à l'épreuve et faire corps avec le groupe des pairs »* (Pommereau, 2002).

Cette fonction initiatique du risque a également été développée par David Le Breton qui constate, à l'instar d'autres observateurs, que les conduites à risque se multiplient dans la jeunesse contemporaine, empruntent des formes variées et relèvent soit de l'intention, soit de motivations inconscientes. *« En contrebande, en s'affrontant physiquement au monde, en jouant réellement (drogue, suicide, vitesse, etc.) ou métaphoriquement (délinquance, fugue, etc.) avec sa vie, on force une réponse à la question de savoir si l'existence vaut ou pas d'être*

vécue. [...] Le jeune découvre un sens et une valeur à son existence à travers la résolution d'une crise personnelle, non plus en se reconnaissant d'emblée dans le système de sens de sa société, mais en sollicitant la mort, au risque inconscient et symbolique de sa vie. » (Le Breton, 1996). Lors des étapes marquantes du cycle de vie, les changements identitaires qui en découlent induiraient chez certains une relation ambiguë à la mort, moyen de redonner un sens à la vie, de savoir si l'on compte aux yeux des autres. Or, en l'absence d'une part de structures sociales et culturelles qui fassent sens et qui se présentent comme fiables et légitimes, d'autre part d'interlocuteurs et de proches permettant à l'adolescent de se construire de façon durable, le cheminement vers l'âge adulte devient alors « *sinieux, difficile, et impose parfois le détour du jeu symbolique avec la mort pour chercher à se situer, à prendre ses marques* » [idem].

Ensuite, l'adolescence et dans une moindre mesure la jeunesse sont souvent définies comme des catégories potentiellement pathologiques du fait des transformations biologiques et psychologiques, notamment de l'ouverture à la sexualité. Pour la psychanalyse, l'adolescence – à la suite des transformations physiologiques provoquées par la puberté – correspond au moment de la réalisation possible des désirs sexuels liés au complexe œdipien et au passage de l'investissement fantasmatique dans l'objet parental à l'identification apaisée au parent de même sexe. De ce fait, « *le processus de l'adolescence génère nécessairement – fut-ce à minima – ce qu'on a appelé la crise d'adolescence* » (Delaroche, 2000, p. 48). Le deuil lié à la perte du confort rassurant de l'enfance, l'angoisse provoquée par la nécessité d'assumer de nouveaux rôles ou encore le besoin de se construire dans la confrontation expliqueraient le mal-être et les tendances dépressives de cet âge. Ces difficultés liées à l'adolescence seraient exacerbées, depuis une trentaine d'années, par un contexte social de plus en plus permissif, marqué par le manque de repères et de grandes croyances collectives. La position difficile de la jeunesse serait également une conséquence de la double contrainte liée au devoir d'autonomie dans un contexte de prolongation de la jeunesse et donc de la dépendance⁴.

Enfin, l'inquiétude exprimée à propos des jeunes tient aussi à la crainte d'une prise de distance par rapport au médecin, dont la fréquentation était pour une part liée à la famille. L'institution médicale serait ressentie par les jeunes comme trop paternaliste et moralisatrice, ce qui pourrait les conduire à s'en détourner. Ainsi, un certain nombre de jeunes adultes ont pris l'habitude de fréquenter les services d'urgence des hôpitaux simplement parce qu'ils apprécient le fonctionnement impersonnel et anonyme de ces établissements (Peneff, 2000). En outre, pour les jeunes sans emploi, l'absence de protection sociale maladie, notamment complémentaire, peut aussi être un obstacle à l'accès aux soins. Les jeunes déscolarisés et en situation précaire semblent les moins sensibles aux actions de prévention et utilisent peu les dispositifs de protection sociale qui leur sont destinés. « *Si la couverture maladie universelle (CMU) permet aux jeunes majeurs de moins de 25 ans et aux 16-18 ans en rupture familiale de bénéficier d'un droit propre, nombreux sont ceux qui négligent de le faire valoir, soit parce qu'ils l'ignorent, soit parce qu'ils reculent devant les démarches* » (Pommereau, 2002). Cette crainte de la part des adultes d'une démedicalisation des jeunes peut d'ailleurs conduire à certains malentendus dans les relations entre jeunes bénéficiaires des mesures d'insertion et travailleurs sociaux. Alors que ces derniers estiment que les jeunes les plus éloignés d'un retour rapide à l'emploi ont d'abord besoin d'une prise en charge sanitaire et psychologique pour régler les problèmes qui rendent difficile leur recherche d'emploi, les jeunes concernés hiérarchisent autrement leurs priorités : trouver un emploi d'abord et s'occuper de leur santé ensuite. Cette attitude risque alors d'être interprétée par les travailleurs sociaux et le monde médical comme le symptôme d'un désintérêt de soi, de laisser-aller.

⁴ Toutefois, cette situation n'est pas forcément vécue dans la souffrance, cf. Cicchelli, (2001).

La sur-valorisation des difficultés de santé des jeunes est également liée à la dimension symbolique de la question. Les problèmes de santé des jeunes sont peu nombreux, mais plutôt spectaculaires et de nature à susciter l'émotion, voire la compassion (mort violente, drogue, alcoolisme, MST, dépression). Cet aspect spectaculaire et préoccupant est renforcé par la façon dont est perçu cet âge de la vie. La jeunesse est vue, en effet, comme l'avenir de la société, le groupe porteur des valeurs de demain dans un monde en nécessaire mutation, mais aussi comme un groupe à socialiser, donc à encadrer, voire à surveiller. À chaque génération, les jeunes doivent intérioriser le niveau de civilisation, d'autocontrôle, auquel est parvenue leur société. D'où les tentatives de normalisation à travers la médicalisation. Michel Foucault (1976) illustre ce phénomène par les discours médicaux sur les dangers de la masturbation aux XVIII^e et XIX^e siècles. Présenter les jeunes bourgeois comme des malades potentiels, car dominés par des pulsions pathologiques, est un moyen d'en faire un âge à surveiller. Le risque de dispersion de l'héritage, génétique et matériel, est alors contrôlé, tandis que la dilapidation devient l'objet d'une condamnation scientifique relayant le discours moral. Le discours sur la santé peut être ainsi une réponse au problème de la volonté de normaliser sans autoritarisme, au nom du bien des jeunes eux-mêmes.

Sans être pour autant rendu responsable et coupable de ses problèmes, le jeune en difficulté pris en charge à travers le prisme de la souffrance et du mal-être devient dans ce cadre la cause de son exclusion. De façon très explicite, le psychiatre Pierre Mannoni (2000, p21) écrit : « Certains de ces individus apparaissent, pour l'essentiel, comme les artisans de leur propre malheur : ce sont eux que nous considérons comme les victimes de l'addiction. Dans l'immense majorité des cas, ces hommes et ces femmes se trouvent submergés par ce qui leur arrive et ne disposent pour répondre aux pressions de la situation, que d'ajustements plus ou moins désastreux, que nous appellerons des stratégies de catastrophe. » Le système social n'est vu plus comme la cause des difficultés, mais simplement comme rejetant les individus défaillants : « Supposons que l'on considère, au moins au niveau métaphorique, le corps social comme un organisme répondant, comme tout organisme, à des lois de fonctionnement [...]. Un certain nombre de personnes ne semblent pas susceptibles d'être absorbées par les différents organes du système social [...]. Leur rejet hors du corps social répond à une logique d'élimination elle-même attachée à une fonction excrétoire, voire excrémentielle (sic). » (Mannoni, 2000, p. 163). Au-delà du caractère scandaleux et outrancier de ces propos, ils ont le mérite d'illustrer de façon extrême la dimension normalisatrice et stigmatisante de certaines formes de psychologisation des problèmes sociaux.

En terme d'évolution des politiques sociales, les dispositifs d'écoute et de prise en charge de la souffrance des jeunes relèvent de ce que Didier Fassin (2004) a qualifié de « politique compassionnelle ». Celle-ci contribue à rendre « acceptables » des inégalités qui n'ont fait que s'accroître dans la période récente en modifiant l'expérience individuelle. C'est dans l'histoire et les affects de chacun qu'il conviendrait d'expliquer et de comprendre les difficultés sociales. Ce mouvement est révélateur de la tendance à recentrer, à l'instar des pays anglo-saxons, la protection sociale sur un suivi individualisé des plus défavorisés, sommés de se réadapter ou d'accepter de se contenter d'une écoute bienveillante de leurs malheurs.

Références :

- BERGERON H., 1999, *L'Etat face à la toxicomanie*, Paris, PUF.
- CHAUVEL L., 2003, *Génération sociale et socialisation transitionnelle. Fluctuations cohortales et stratification sociale en France et aux Etats-Unis au XXe siècle*, Mémoire d'habilitation à diriger des thèses, Institut d'Etudes politiques de Paris.
- CICCHELLI V., 2001, *La construction de l'autonomie. Parents et jeunes adultes face aux études*, Paris, PUF, 2001.
- DELAROCHE P., 2000, *L'adolescence. Enjeux cliniques et thérapeutiques*, Nathan, col. « 128 », Paris.
- FOUCAULT M., 1976, *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Gallimard, Paris.
- ESTERLE-HEDIBEL M., 2002, « La bande, le risque et l'accident », dans *L'adolescence à risque*, Autrement, n° 211, pp. 139-147.
- FASSIN D., 2004, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, col. « Alternatives Sociales ».
- FREIRE M.-C., 1995, « L'accompagnement santé », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 12 (septembre), pp. 18-19.
- FREIRE M.-C., 1997, « L'accompagnement des jeunes en souffrance d'insertion : action santé en Missions locales », *Prévenir*, n°2, pp. 53-58.
- GENDREAU J., 1998, *L'adolescence et ses rites de passage*, Desclée de Brouwer, Paris.
- GOT C., 1992, *La santé*, Flammarion, Paris.
- JOUBERT M., 1995, *Lien social, santé et territoire : introduction à l'analyse des supports sociaux. Synthèse des travaux pour l'habilitation à diriger des recherches*, Ronéo, Université de Paris VIII.
- LE BRETON D., 1996, « Conduites à risque des jeunes générations », *Vie Sociale et Traitements*, n°49/50.
- LORIOU M., 1999, *Qu'est-ce que l'insertion ?*, L'Harmattan, Paris.
- LORIOU M., 2004, « être jeune est-il dangereux pour la santé ? », dans *Ce que nous savons des jeunes* (sous la direction de Vincenzo Cichelli), PUF, « Sciences sociales et société », pp 98-112.
- MANNONI P., 2000, *La malchance sociale*, Paris, Odile Jacob.
- MARCELLI D. et BRACONNIER A., 1999, *Adolescence et psychopathologie (5^e édition)*, Masson, Paris.
- NIRINA RICHARD B., 1997 *Santé, jeunesse et société*, L'Harmattan, Paris
- PENEFF J., 2000, *Les malades des urgences*, Métailié, Paris.
- POMMEREAU X., 2002, « Santé des jeunes : Orientations et actions à promouvoir en 2002 », Ministère de la santé, Avril.
- RECHTMAN R., 2004, « Le miroir social des souffrances adolescentes : entre maladie du symbole et aveu généralisé », pp. 129-139.
- WUHL S., 1996, *Insertion : Les politiques en crise*, PUF.

